FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1969

THÈSE

702

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Claudine COLLANGE-WIBAULT

Née le 6 Juillet 1942, à Paris-14e

Présentée et soutenue publiquement le 10 *juin* 1969

ERYTHEMES PALMAIRES CIRCONSCRITS ET ACQUIS

*

A propos d'un cas d'Erythème palmaire discoïde permanent

Président : M. DEGOS, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1969

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538115_0018

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1969 **THÈSE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Claudine COLLANGE-WIBAULT

Née le 6 Juillet 1942, à Paris-14e

Présentée et soutenue publiquement le 10 *juin* 1969

ERYTHEMES PALMAIRES CIRCONSCRITS ET ACQUIS

✳

A propos d'un cas d'Erythème palmaire discoïde permanent

Président : M. DEGOS, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1969

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A MON PÈRE A MA MÈRE

A TOUS LES MIENS

Faible gage de ma profonde affection et de ma reconnaissance.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur R. DEGOS

Professeur de la Chaire des Maladies Cutanées et Syphilitiques
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

Pour le grand honneur qu'il m'a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur P. DE GRACIANSKY

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Qui m'a inspiré ce travail.

Témoignage de ma vive admiration et de ma respectueuse gratitude.

A Monsieur le Docteur R. LECLERCQ

Médecin-Assistant de l'Hôpital Saint-Louis

Qui n'a cessé de me témoigner sa bienveillance et de me faire profiter de son enseignement.

En témoignage de mon respectueux attachement, et en le remerciant de l'aide qu'il m'a apportée dans l'élaboration de ce travail.

PLAN

But de ce travail

Chapitre I — Relation du cas

Chapitre II — Discussion

1) Le cadre nosologique — Elimination
   — *Les érythèmes physiologiques diffus*
   — *Les états érythémato-squameux avec atteinte des paumes, qu'elle soit ou non isolée :* psoriasis ; kératodermies ; maladie de Dühring ; eczéma
2) Le diagnostic différentiel : les érythèmes palmaires héréditaires ou congénitaux
   a) *Maladie de Lane* (1929)
   b) *Erythème familial de Brian et Coskey* (1967)

Chapitre III — Les érythèmes palmaires acquis

1) La localisation incidemment palmaire d'une affection dermatologique
   a) *Syphilis*
   b) *Lupus érythémateux systémique et chronique palmaire*
   c) *Urticaire*
   d) *Granulome annulaire*
   e) *Toxidermie*
   f) *Maladie de Pick-Herxheimer*

2) Dans le cadre d'affections circulatoires
   a) *Acrocyanose*
   b) *Erythromélalgie*
   c) *Acrodynie*
   d) *Engelures*
3) Dans les affections rhumatismales
   a) *Erythème palmaire vermillon de Weissenbach et Di Mattéo de la polyarthrite chronique évolutive*
   b) *Erythème palmaire vermillon de la spondylarthrite ankylosante*
4) Au cours d'un processus général non dermatologique
   a) *Grossesse*
   b) *Affections hépatiques*
      — cirrhose éthylique
      — maladies hépato-pancréatiques
   c) *Tuberculose*
   d) *Insuffisance cardiaque*
   e) *Hyperthyroïdie*
   f) *Amylose primitive généralisée*
   g) *Pyorrhée — Pyodermite*
   h) *Intoxication par l'arsenic*
   i) *Etats carentiels*
   j) *Corticothérapie chez l'enfant*

CHAPITRE IV — Etiopathogénie

CHAPITRE V — Bilan des investigations faites dans le cas étudié

CHAPITRE VI — Description de l'érythème palmaire discoïde permanent

CHAPITRE VII — Résumé

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

BUT DE CE TRAVAIL

Les érythèmes palmaires circonscrits et acquis ne sont guère mentionnés dans la plupart des traités dermatologiques.

L'observation d'un cas original d'érythème discoïde permanent publié par MM. de Graciansky et Leclercq nous a été l'occasion de rechercher les diverses étiologies de ces érythèmes palmaires, en sorte d'établir l'originalité de ce cas dont nous rapportons l'observation dans notre thèse.

Après avoir éliminé les états érythémato-squameux avec atteinte des paumes et les érythèmes palmaires héréditaires, nous passons en revue les diverses étiologies qui ont pu être incriminées :

— Un érythème palmaire isolé peut être observé de façon tout à fait exceptionnelle au cours d'affections dermatologiques, telles que la syphilis ou le lupus érythémateux chronique.

— L'érythème palmaire des mains au cours d'affections circulatoires, telles que l'acrocyanose, l'érythroménalgie, l'acrodynie ou les engelures, ne saurait qu'exceptionnellement atteindre les paumes isolément.

Nous avons consacré l'essentiel de notre développement aux érythèmes palmaires au cours de processus rhumatismaux (en particulier, érythème palmaire vermillon de Weissenbach et Di Mattéo) et au cours de processus généraux non dermatologiques. Parmi ceux-ci, la grossesse et les affections hépato-biliaires sont de loin les causes les plus fréquentes. L'étude de la littérature nous a permis de mentionner de nombreuses autres causes, telles que cardiaques, endocriniennes, toxiques.

Après l'étude clinique du cas d'érythème palmaire discoïde permanent complétée par les examens de laboratoire, nous n'avons pu lui retrouver aucune étiologie et concluons qu'il semble s'agir d'un cas original et particulier d'érythème palmaire circonscrit et acquis.

CHAPITRE I

RELATION DU CAS

Monsieur Bed... Charles, soixante-quatre ans, retraité, consulte le 5 juillet 1966 pour des plaques érythémateuses rondes, discoïdes, siégeant au bord interne des deux paumes au long des éminences hypothénar : quatre plaques à droite, une à gauche. L'érythème est homogène, il n'y a pas de desquamation. Le malade ne ressent aucun prurit, aucune brûlure. Il se plaint d'une sensibilité au niveau des lésions lorsqu'il porte une valise ; en dehors de cette circonstance, ces lésions ne l'incommodent en aucune façon. Les taches érythémateuses sont anciennes d'un an, elles sont fixes dans leur siège et ne se modifient pas dans leur aspect.

Toutefois, le matin au lever, elles ne sont guère apparentes, ne prenant leur aspect typique qu'après la toilette. Cet aspect persiste toute la journée. Les plaques sont plus apparentes durant l'été, sont moins marquées en période froide.

Revu en octobre 1967, le malade présente les mêmes plaques à la main gauche, mais de nouvelles plaques sont apparues au bord interne de la main droite. Les lésions conservent le même aspect. Le malade sera suivi régulièrement jusqu'en février 1969. Pendant cette période excédant deux ans et demi, au cours de chaque examen clinique, la persistance des plaques et la constance de leur aspect ont été contrôlées. Lors de certains examens, il a été toutefois remarqué que le centre des taches discoïdes était moins érythémateux que la périphérie, l'aspect pouvant rappeler celui d'une cocarde.

L'examen clinique ne montre aucune autre lésion cutanée ; en particulier, il n'est observé aucun érythème plantaire. Occasionnellement, ont été observées de petites aires syncopales sur la face antérieure des avant-bras.

Le malade ne présente aucun antécédent pathologique notable, n'étaient des séquelles de tuberculose pulmonaire prédominant au sommet droit. Cette tuberculose a été contractée pendant la captivité et soignée durant sept ans dans divers établissements hospitaliers. Elle est considérée comme guérie depuis douze ans. Le malade présente parfois des brûlures gastriques.

Il est volubile et « nerveux ».

Explorations circulatoires locales :

1° *Epreuves caloriques* (mars 1969) pratiquées à l'aide d'un thermomètre dermatologique.

Après immersion de la main droite pendant dix minutes dans l'eau à 42°, on observe une augmentation notable de la température cutanée qui passe :

— au niveau de l'éminence hypothénar droite de 32°7 à 34°, alors que l'éminence hypothénar gauche qui n'a pas été immergée voit la température cutanée s'abaisser de 32°4 à 31°5 ;

— au niveau de l'éminence thénar droite, la température cutanée passe de 33°5 à 34°7, alors que l'éminence thénar gauche qui n'a pas été immergée voit la température cutanée s'abaisser de 32°7 à 32°5.

Au total, nous avons observé au niveau des lésions érythémateuses une augmentation de chaleur locale pour la main immergée, alors que la main non immergée voyait sa température cutanée diminuer légèrement.

2° *Deux biopsies furent pratiquées :*

— Juillet 1966 : la coupe histologique ne montre aucune anomalie.

— Octobre 1967 : muette également.

Une coloration Hodgkin-Mac Manus fut même pratiquée lors de cet examen.

D'autres examens ont été pratiqués en fonction des étiologies qui ont pu être évoquées successivement et son relatés plus loin, en un chapitre distinct.

Bed.. Charles
juillet 1966

Bed.. Charles
décembre 1967

CHAPITRE II

DISCUSSION

Après avoir exposé le cas original d'érythème palmo-discoïde permanent qu'il nous a été donné d'observer à l'Hôpital Saint-Louis, chez notre malade, nous allons envisager les diverses étiologies des érythèmes palmaires.

A. — Cadre nosologique

I) Nous éliminons tout d'abord *les érythèmes physiologiques diffus* qui ne s'intègrent pas dans le cadre de notre étude. Comme le souligne Bland, en 1958, les érythèmes physiologiques diffus se distinguent des érythèmes palmaires vrais par des caractères particuliers : ils envahissent la totalité de la paume, sont tachetés de petits points blancs d'un millimètre de diamètre ou plus, et sont d'intensité variable avec les états émotifs, la position déclive ou surélevée de la main, la pression exercée sur la paume et la température ambiante. L'érythème palmaire vrai est constant, non influençable par ces facteurs. Comme l'indique Bland, *le terme d'érythème palmaire doit être réservé aux lésions des éminences thénar et hypothénar respectant une certaine pâleur palmaire centrale.*

II) *Les affections érythémato-squameuses,* telles que le *psoriasis* avec atteinte des paumes, qu'elle soit ou non isolée, sont également exclues.

• *Les kératodermies palmo-plantaires* isolées ne s'intégreront pas dans l'étude, puisque l'hyperkératose est le caractère clinique dominant ; l'érythème sous-jacent souvent retrouvé n'étant visible que sous l'aspect liseré rouge périphérique. Mention sera simplement faite du stade érythémateux prémonitoire qui, comme l'avait remarqué le Professeur Duheuilh (cité par Brocq), précède souvent dans les kératodermies arsenicales la phase hyperkératosique secondaire.

• *La maladie de Dühring,* à un stade initial prébulleux, ne se manifestera que par des taches congestives palmaires. On connaît les manifestations kérato-dermiques de cette affection bulleuse.

Il serait concevable que, dans un cas exceptionnel, l'affection ne se manifeste tout d'abord que par des taches érythémateuses palmaires.

• *L'eczéma* débute habituellement par le prurit et l'érythème ; il ne sera pas plus envisagé ici. La rougeur diffuse et souvent un peu œdémateuse de la peau s'accompagne de petites élevures vésiculaires donnant à la peau un aspect « chagriné ».

B. — Diagnostic différentiel

Ayant défini le cadre nosologique de cette étude en rejetant les états érythémato-squameux palmaires, nous devons accorder l'essentiel du développement au diagnostic différentiel de l'affection que nous décrivons. Ainsi, aurons-nous successivement à envisager :

I — Les érythèmes héréditaires et congénitaux.

II — Les érythèmes palmaires acquis :
- — les érythèmes palmaires au cours d'une affection dermatologique ;
- — les érythèmes palmaires au cours d'affections circulatoires ;
- — les érythèmes palmaires dus à un processus rhumatismal ;
- — les érythèmes palmaires au cours d'un processus général non dermatologique (grossesse, affection hépatique, tuberculose).

1) Erythème palmo-plantaire héréditaire de Lane

J.E. Lane publie ses deux premières observations en 1929. La découverte de l'érythème fut fortuite chez ces malades, la lésion existant bien avant que l'auteur eut l'occasion d'examiner ces patients. Nous reproduisons la description originale de Lane :

> « Erythème rouge vif inondant les deux paumes, s'arrêtant aux poignets et sur les bords latéraux de la main. La couleur est si vive qu'elle peut faire croire de loin à un état inflammatoire aigu. »

Dans le premier cas relaté, avocat de cinquante et un ans en parfaite santé et sans antécédent notable, il subsiste au centre de chaque paume un triangle de peau saine à base digitale et à sommet carpien, l'érythème étant à son maximum au niveau des éminences thénar et hypothénar.

Chez le second malade, un éditeur de soixante-neuf ans souffrant par ailleurs d'une thrombo-angéite oblitérante et d'un syndrome d'Heberden, la paume entière ainsi que la face palmaire des doigts étaient le siège d'un érythème rouge vif, homogène, qui se retrouvait encore au niveau des faces dorsales des dernières phalanges et de la base des ongles.

Deux sœurs du premier malade présentaient des lésions palmaires identiques ; le père et l'une des sœurs du second malade étaient également atteints. Considérant les caractères de cet érythème palmaire : symétrique, stable et définitif, ne s'accompagnant ni de télangiectasie, ni d'aucune manifestation subjective, Lane, se référant à une publication antérieure de Reirowsky, dénomme l'affection « *nævi bilatéraux et symétriques* ».

Madame E. Lafontaine étudie dans sa thèse (1942), inspirée par A. Tourraine, les 14 observations connues à cette date ; nous reproduisons ici sa définition :

> « L'érythème palmo-plantaire est une dysplasie congénitale, familiale et héréditaire caractérisée :
> « — Cliniquement, par un érythème stable, de type actif, des paumes et des plantes.
> « — Histologiquement, par une augmentation en nombre et en calibre des capillaires des régions malades. »

Elle insiste, en outre, sur le fait que la transmission se fait en caractère dominant simple.

A la lecture des travaux de Madame E. Lafontaine et d'autres travaux, tel que celui de R. Poinso (1953), il semble que les auteurs aient compris parmi les syndromes de Lane des cas assez disparates. Certaines observations ont trait à des érythèmes palmaires réellement congénitaux et familiaux (cas d'un étudiant de vingt ans présentant l'affection depuis l'enfance et pour lequel Gottron a trouvé la même affection chez le père du patient), tandis que d'autres observations relatent les cas de malades chez lesquels l'érythème palmaire n'est apparu que tardivement (à l'âge de trente-cinq ans pour le malade de Schmitt-Labaume, cité par Madame Lafontaine). Enfin, certains de ces malades présentaient un état pathologique susceptible, on le verra plus loin, de provoquer l'apparition d'un érythème palmaire, tel :

— l'érythème apparu à l'âge de trente-six ans, chez un malade porteur d'une péricardite chronique avec retentissement sur les veines caves (observations de Gottron reprise par Madame Lafontaine);

— ou cet érythème palmaire apparu à l'âge de soixante-deux ans et évoluant depuis sept ans, dont le motif d'hospitalisation était, comme le rapporte Ambler, une cholécystite chronique ; on ne retrouvait pour cette observation aucun cas familial de syndrome de Lane dans l'entourage, et le malade avait également une polyglobulie ;

— enfin, dans l'observation faisant l'objet de l'article de Poinso, le malade qui présente l'érythème palmo-plantaire est porteur d'un épithélioma primitif de la bronche souche droite qui entraînera rapidement la mort.

Il est frappant de relever que, dans son chapitre de diagnostic différentiel de l'érythème palmo-plantaire congénital de Lane, Madame Lafontaine ne fasse aucunement état des érythèmes palmaires survenant au cours d'un processus pathologique général non dermatologique, tel que grossesse, affection hépatique, affection cardiaque ou intoxication arsenicale. C'est tout particulièrement à ces érythèmes palmaires acquis, de cause connue, que nous accor-

derons un développement pour pouvoir en distinguer le cas qui fait l'objet de notre travail.

Nous retiendrons donc plus volontiers la définition de l'érythème palmaire de Lane, telle que nous la donne le Professeur B. Duperrat dans son traité :

> « Il s'agit d'un érythème permanent, visible dès la naissance, occupant la paume des mains et plus rarement la plante des pieds, d'une rougeur vive, rouge groseille, occupant les phalanges, les éminences thénar et hypothénar, respectant le creux de la paume et débordant à peine sur la face antérieure du poignet. Il ne s'y associe aucun symptôme fonctionnel et notamment pas d'hyperhidrose. Cette maladie se transmet en dominance et est très commune dans certaines races asiatiques. »

On doit l'étude histologique initiale de la maladie à L. Meirowsky qui pratique une biopsie au niveau de l'éminence hypothénar gauche, et remarque un élargissement et un arrondissement des papilles épidermiques, alors que les réseaux papillaires et sous-papillaires étaient nombreux, sinueux, dilatés et fortement anastomosés. Dans ce cas particulier, l'épiderme présentait une structure normale et il n'existait dans le chorion aucun infiltrat cellulaire pathologique.

2) Erythème familial de Brian et Coskey

A côté de l'érythème palmaire de Lane doivent être cités les cas originaux d'érythèmes familiaux des membres, publiés en 1967 par Brian et Coskey. Il s'agit de trois enfants âgés de deux, trois et six ans et demi, appartenant à la même famille et présentant un érythème papuleux, atteignant la face palmaire des doigts, les paumes pour l'un des cas, mais s'étendant aussi à la face dorsale des doigts, ainsi qu'aux coudes et aux genoux. Deux de ces enfants avaient un état dentaire défectueux et des pieds bots. De plus, l'histologie a montré, comme dans le cas de la maladie de Lane, une augmentation des petits vaisseaux sanguins du derme, mais ce qui est particulier à ces observations, un infiltrat de cellules mononucléaires péri-vasculaires.

CHAPITRE III

ERYTHEMES PALMAIRES ACQUIS

I) Localisation incidemment palmaire d'une affection dermatologique

a) Syphilis

La localisation palmaire de l'érythème apparaît comme une particularité de certaines observations de syphilis. Aguilera Maruri, dans son observation des *Annales Françaises de Dermatologie-Syphiligraphie* (1939), décrit minutieusement un cas fort intéressant d'érythème palmaire, bilatéral et symétrique :

> « Erythème d'un roux foncé, cuivré, spécialement localisé à la région hypothénar. Il est très nettement limité à son bord supérieur par le pli articulaire séparant l'éminence hypothénar du poignet. Le bord interne est parfaitement limité à la surface palmaire ; quant au bord externe, sa délimitation est moins précise et l'érythème s'étend sur toute la surface palmaire de la main, mais d'une façon discrète, et l'on ne peut vraiment parler d'érythème que dans la région hypothénar. Il n'existe ni desquamation, ni infiltration, le patient ne ressent aucune gêne, aucun prurit et, objectivement, nous ne voyons aucune augmentation de la chaleur locale. »

L'auteur n'ayant retrouvé aucun cas familial d'érythème palmaire, ni aucune cause traumatique déclenchante, rapporte l'érythème, qui datait de trois ans, à une syphilis ancienne. Le malade

avait, en effet, présenté trente ans auparavant un chancre dont la localisation n'est pas précisée, qui avait été traité par des frictions mercurielles ; douze ans plus tard, une gomme de l'arête du nez lui avait laissé une cicatrice. La sérologie était demeurée positive lors de l'observation.

L'auteur retient comme preuve de la nature spécifique de l'érythème palmaire, sa disparition progressive après un traitement arsenico-bismuthique.

Aguilera Maruri distingue avec raison son cas d'érythème palmaire syphilitique de l'érythème tertiaire résolutif de Fournier, décrit par cet auteur, en 1906, dans son traité de la syphilis :

> « L'éruption est de type érythémateux constitué par une simple rougeur tégumentaire en nappe, superficielle, sans infiltration, non squameuse, exempte de tout prurit.
> « Les taches qui la constituent sont en général d'un rose franc, quelquefois assez vif, plus habituellement rose pâle, comme fané... Les taches sont toujours astreintes à une configuration méthodique comme aussi quelquefois réunies en groupe ; ainsi, invariablement, elles reproduisent tel ou tel type de modalités circinées : disques rosés orbiculaires ou ovalaires, formes annulaires, semi-annulaires, en festons arciformes conjugués. »

En fait, dans le cas relaté par Aguilera Maruri, nous ne retrouvons ni le policyclisme, ni la circination caractéristique de l'érythème tertiaire syphilitique. Quant à la localisation aux extrémités des membres, Fournier dit ne l'avoir jamais observée. Balzer, cité (sans référence) par Aguilera Maruri, l'aurait décrite, mais nous n'avons pu retrouver d'indication à ce sujet dans les écrits de cet auteur.

Toujours est-il que le cas d'Aguilera Maruri, s'il était bien d'origine syphilitique, différait cliniquement de l'érythème syphilitique tertiaire de Fournier par sa disposition en nappe et sa bilatéralité.

Par contre, le cas que nous rapportons n'est guère éloigné par son aspect de l'érythème syphilitique tertiaire, du fait de son caractère discoïde.

b) Lupus érythémateux systémique et chronique

Lupus érythémateux systémique

— L'atteinte des mains est bien connue dans le *lupus érythémateux aigu,* elle est un élément essentiel du diagnostic.

L'aspect classique est, en effet, celui d'une éruption érythémateuse rouge ou rosée, très discrètement et finement squameuse, distribuée en petites taches plus ou moins bien limitées.

Au dos des mains, sur certaines taches, peuvent parfois être observées des papules kératosiques qui contribueront à orienter le diagnostic.

Aux paumes, en présence de lésions érythémateuses atteignant les éminences thénar et hypothénar, la pulpe des doigts et, prenant même dans ces zones un aspect télangiectasique, on envisagera aussi le diagnostic, ces dernières atteintes étant particulièrement typiques, comme le soulignent les traités classiques. De plus, comme le note le Professeur Duperrat dans son traité, l'érythème est variable d'un jour à l'autre, d'un malade à l'autre.

— Très particulier est l'aspect de l'érythème palmo-plantaire décrit par Gottron et ses collaborateurs (1960) dans le cas de *lupus érythémateux subaigu :*

> « On voit des taches lenticulaires rondes ou ovales de la taille d'une pièce de 1 pfennig, rouge foncé ou rouge violacé. Elles se présentent en nappe, avec parfois une légère surélévation centrale qui s'atténue en périphérie. Des squames recouvrent la partie centrale et, parfois, on y découvre une formation vésiculeuse.
> « Quelquefois, l'aspect de ces taches est hémorragique, surtout au niveau de la pulpe des doigts. »

Lupus érythémateux chronique

— A l'opposé, l'atteinte palmo-plantaire est tout à fait exceptionnelle dans le lupus érythémateux chronique, comme l'indique P. de Graciansky :

> « L'éruption atteint en général les parties découvertes, donc les mains, mais le plus souvent la face dorsale et non la face palmaire. »

Déjà Pautrier, dans la *Nouvelle pratique dermatologique,* en 1936, remarquait que l'on avait parlé de lupus érythémateux de la paume des mains dans les traités français, mais qu'il n'avait jamais vu, ni lu, d'observation qui lui ait paru valable...

Dans la littérature anglo-saxonne, on trouve toutefois quelques observations d'érythème palmaire au cours du lupus érythémateux chronique. Les premières en date sont celles de Hyde qui, en 1884, fait une étude du lupus érythémateux dans ses localisations aux mains (*A clinical study of lupus erythematosus as it affects the hands*) et en souligne déjà la valeur péjorative habituelle. Parmi les 35 observations d'atteinte des mains au cours du lupus érythémateux puisées dans la littérature et citées par l'auteur, il est difficile de reconnaître avec certitude s'il s'agit de lupus érythémateux chronique ou de lupus érythémateux systémique, faute dans bien des observations de critère suffisant. Toutefois, la seule observation dans laquelle soit décrite une atteinte palmaire isolée, et par conséquent d'un réel intérêt pour nous, semble bien être un cas de lupus érythémateux chronique, tant du fait de son évolution que de sa symptomatologie. Nous le rapportons :

• Il s'agit d'une jeune malade de vingt-neuf ans chez laquelle les lésions, strictement limitées à la main gauche (la malade était droitière) sont apparues depuis quinze ans.

« Les lésions débutent par une tache ronde de la taille d'un pois sur la paume et, par un processus extensif, se transforment en une large plaque sans qu'apparaisse pustule, croûte ou sérosité. » A l'examen de la paume, l'auteur remarque qu'à l'exception d'un ruban de peau saine au niveau de l'articulation carpienne, celle-ci est le siège « d'une plaque unique, discoïde, infiltrée ; ses bords, en règle circulaires, sont dessinés à la perfection ; la couleur rouge rosé sombre est parfois modifiée par la superposition de squames adhérentes jaunâtres. Les bords sont légèrement surélevés et il existe deux points centraux cicatriciels lisses, plats, peu déprimés. Le bord distal de cette plaque s'étend dans le premier et le deuxième espace interdigital, et sur les bords latéraux du pouce et de l'index. » Il existe, associées, des lésions de la face dorsale de la main. Hyde conclut en insistant sur le carac-

tère de limitation nette de la lésion, la couleur vive de la grande partie de la plaque, notamment en son centre, où la desquamation n'existe pas, enfin, sur l'absence d'ulcération au niveau des points atrophiques.

A ce cas, il semble que l'on puisse ajouter un autre cas, une observation personnelle, que l'auteur ne décrit pas. L'atteinte des paumes, première en date, s'associait à des lésions caractéristiques des lèvres et du visage. La maladie évoluait depuis quinze ans et il semble donc qu'il se soit agi d'atteinte palmaire au cours du lupus érythémateux chronique.

Beaucoup plus récemment, dans sa publication de 1967 : *Palmar lesions in lupus erythematosus,* Parish rapporte cinq observations, dont deux personnelles d'érythème palmaire au cours du lupus érythémateux chronique :

— deux cas ont été observés par Dubois dans sa monographie rassemblant 689 cas de lupus érythémateux ;
— un cas a fait l'objet d'une communication orale à Philadelphie, par S. Moschella.

Des deux cas de Parish, nous rapportons d'abord le premier qui concerne un lupus érythémateux indiscutablement chronique, comme nous permettant de compléter notre description du lupus érythémateux chronique palmaire.

• Il s'agit d'une jeune femme noire de quarante ans qui présente depuis l'âge de vingt ans, un lupus érythémateux chronique s'étant révélé par une irruption en vespertilio caractéristique, et ce n'est qu'au bout de seize ans d'évolution que paumes et mamelons furent simultanément atteints. Il s'agissait de taches rondes érythémateuses, parsemées de squames, avec des bords hyperpigmentés, des télangiectasies et de l'atrophie.

Il est intéressant de remarquer qu'un an après l'installation de l'érythème palmaire, la malade eut à souffrir de façon régulière d'un syndrome de Raynaud au niveau des mains.

Les divers examens complémentaires pratiqués confirmèrent la forme chronique de la maladie : analyse d'urine et hémogramme étaient normaux, la recherche de cellules de Hargraves fut tou-

jours négative, tout au plus retrouvait-on une très légère augmentation de la fraction gamma-globulinique du sérum. Il n'existait lors du bilan radiologique pratiqué, aucune atteinte viscérale décelable. Enfin, l'étude des lésions en lumière de Wood ne révéla aucun phénomène de fluorescence ni sur peau saine, ni sur peau atteinte. La biopsie palmaire vint encore à l'appui du diagnostic de lupus érythémateux chronique :

« L'épiderme montrait une hyperkératose dense et il apparaissait un œdème parenchymateux. La bordure inférieure de l'épiderme a un contour irrégulier et il y a disparition des cellules de la zone basale. L'infiltrat inflammatoire est minime, bien que les vaisseaux visibles montrent un épaississement anormal de leur paroi ; il existe une nette augmentation du nombre de fibroblastes. Dans la partie où les cellules de la couche basale sont en voie de liquéfaction, il existe un infiltrat lymphocytaire et des cellules en voie de dégénérescence sont présentes dans le derme adjacent. »

• Le second cas, observé chez un noir de quarante-sept ans, qui présente des lésions lupiques depuis quatre ans, est remarquable par sa localisation aux paumes et aux plantes, et par son extension secondaire aux bras, aux jambes et au visage. Fait particulier, l'apparition de certaines taches érythémateuses avait été précédée d'un stade bulleux. Ce cas évolua vers un mode subaigu, comme en témoignèrent les examens de laboratoire : présence de cellules de Hargraves, biopsie rénale révélant une glomérulo-néphrite subchronique, fusion des bêta et gamma-globulines à l'électrophorèse.

Il nous faut souligner le fait que ces deux malades présentaient des antécédents de tuberculose — iléo-colique dans le premier cas et pulmonaire pour le deuxième cas —, chez qui, par ailleurs, avait été diagnostiquée une lithiase du cholédoque. Des considérations ultérieures concernant la survenue d'érythème palmaire au cours de tuberculose pulmonaire et de lithiase biliaire nous amènent à penser que, dans ces cas, des états pathologiques associés ont pu déterminer la localisation du lupus érythémateux des mains.

Ainsi les localisations palmaires, ou beaucoup plus rarement palmo-plantaires du lupus érythémateux, ne s'observent-elles guère

qu'au cours du lupus érythémateux systémique. Dans le lupus érythémateux systémique, elles sont un des signes cliniques révélateurs du mode évolutif de l'affection. Il est rare que l'érythème soit purement palmaire. L'atteinte des pulpes digitales peut lui conférer une certaine particularité et, plus encore, l'atteinte du dos des mains ; nous n'avons d'ailleurs pas retrouvé dans la littérature de lupus érythémateux systémique ayant débuté par une atteinte isolée des mains.

Dans le lupus érythémateux chronique, l'atteinte des paumes est exceptionnelle, nous n'avons pu retrouver que deux cas de Hyde et cinq cas publiés par Parish, dont deux personnels. Dans le seul cas publié par Hyde, dont nous avons reproduit la description, l'atteinte palmaire était isolée. Dans ces diverses observations, il ne s'agissait d'ailleurs pas d'un simple érythème comme dans les formes systémiques. Il s'y associait un état desquamatif au moins sur une partie de la lésion, ou même une atrophie comme dans le premier cas de Parish.

A ces observations classiques, nous ajoutons la mention faite par le Professeur Duperrat dans son traité de l'aspect des pulpes digitales amincies et violâtres, ponctuées de petites cicatrices déprimées qui peuvent orienter le diagnostic.

c) Urticaire

Certes, nous ne faisons que mentionner l'urticaire, dont il est peu imaginable d'observer une atteinte purement palmaire. Le diagnostic en serait facilement établi sur l'aspect papuleux des placards, leur variabilité dans le temps, disparaissant d'un jour à l'autre et leur caractère prurigineux.

d) Granulome annulaire

Affection bénigne touchant essentiellement l'enfant ou l'adulte jeune. Dans sa forme typique, il s'agit de lésion unique ou réduite à un petit nombre d'éléments dont le siège préférentiel est plus le dos de la main que la paume. Il apparaît sous l'aspect d'élevures globuleuses groupées en anneaux, en « collier de perle », la peau est

lisse rose pâle au niveau des lésions. Il existe de nombreuses formes atypiques et, en particulier, des formes « érythémateuses », qu'il s'agisse de la forme géante érythémateuse en nappe ou de la forme érythémateuse ponctuée en goutte. Ces dernières formes porteront à discussion mais, en général, la coexistence d'un granulome annulaire typique permet de faire le diagnostic rapidement.

e) Toxidermie érythémateuse

La survenue de plaques érythémateuses d'aspect proche de celui de l'urticaire sur une paume peut être caractéristique d'une toxidermie.

C'est un caractère propre à ces lésions, habituellement d'origine médicamenteuse (aspirine, phénacétine, pyramidon, antibiotiques essentiellement), que d'apparaître par poussées successives en un siège constant.

Le diagnostic est en général posé sur ces caractères, et il est confirmé par la découverte, au cours de l'interrogatoire, de l'absorption occasionnelle de médicaments, tels que la prise de ceux-ci provoque une récidive. Seul un interrogatoire très attentif permet parfois de retrouver la notion de l'absorption du médicament.

Le caractère purement érythémateux s'altère d'ailleurs avec la répétition des accidents qui confèrent à la peau un aspect fauve beaucoup plus évocateur.

f) Maladie de Pick-Herxheimer

L'acrodermatite chronique atrophiante de Pick-Herxheimer est un diagnostic essentiel des érythèmes palmaires évoqué par Weissenbach et Di Mattéo à propos de leur érythème vermillon, auquel nous consacrons plus loin un développement. Nous les citons :

> « La coloration des paumes est différente du fait d'un ton bleu associé à la rougeur, d'où une couleur allant du rose bleuté au rouge violacé foncé. L'atrophie cutanée est beaucoup plus accentuée, laissant transparaître vaisseaux et tendons. Même au début de son évolution, les zones lésées sont plus étendues et la topographie est différente, le maximum des lésions siégeant sur la face dorsale des doigts et des mains. »

II) Dans le cadre d'affection circulatoire

Les manifestations érythémateuses s'intégrant dans le cadre d'affections circulatoires sont variées, faisant intervenir un mécanisme de vaso-dilatation actif ou passif suivant le type d'affection ; elles s'accompagnent de phénomènes subjectifs douloureux souvent très marqués, elles ont une évolution par poussées paroxystiques et sont très influencées par la température extérieure.

Tous ces caractères font que le diagnostic est souvent facile ; nous allons les envisager brièvement.

a) Acrocyanose

L'acrocyanose est une congestion passive permanente des extrémités se manifestant par une teinte violacée des mains. Majorée par le froid, cette coloration peut varier du rose au violet suivant la température. Il s'agit d'une coloration uniforme, plus foncée aux extrémités, qui s'arrête de façon assez brusque aux poignets. La disposition en est symétrique et les extrémités sont froides et molles ; parfois, il existe une sudation abondante qui aggrave encore cette véritable infirmité dont le développement se fait progressivement depuis l'enfance et s'accentue souvent lors de la puberté.

Le diagnostic en sera facile et il faudra rechercher une diminution de la température cutanée, une sensation de froid et d'engourdissement avec parfois une hypoesthésie.

b) Erythromélalgie (M. de Weir Mitchell)

Le syndrome décrit par Weir Mitchell, en 1872, atteint en général l'homme adulte et consiste en une vaso-dilatation active des capillaires, survenant en poussées paroxystiques, provoquées par la chaleur. Le début de l'accès se caractérise par une douleur vive avec sensation de brûlure, torsion, broiement. L'extrémité prend une coloration rouge vif ou violacée qui disparaît momentanément à la pression digitale. Il existe associé un gonflement diffus de la main avec une élévation de la température locale. Des troubles

sensitifs à type d'hypo ou d'hyperesthésie ont parfois été retrouvés. La crise peut durer de quelques minutes à plusieurs heures, les poussées ayant tendance à s'intensifier, se rapprocher, et à laisser entre elles une teinte érythémateuse permanente. Il faut rechercher l'association d'autres ectosympathoses, en particulier maladie de Raynaud et acrocyanose.

c) L'acrodynie

C'est une affection de l'enfance, débutant en général avant l'âge de cinq ans. Les extrémités sont d'un rouge vif, allant du rose au violet, l'épiderme est lisse et tendu, parfois squameux. Les extrémités sont gonflées d'un infiltrat diffus, elles sont froides et douloureuses. Il s'associe souvent des troubles neuro-psychiatriques ou cardio-vasculaires qu'il faut rechercher systématiquement. La guérison spontanée apparaît en quelques mois, sans séquelles.

d) Les engelures

Ce sont des manifestations banales survenant aux doigts et aux orteils pendant la saison froide. Elles ont l'aspect de plaques roses, violacées, tuméfiées et infiltrées. Les limites de l'érythème peuvent être nette ou, au contraire, diffuses, la peau étant lisse et luisante, froide au toucher. Mais surtout l'engelure s'accompagne de phénomènes subjectifs douloureux (prurit, engourdissement) qui se transforment lors du réchauffement brutal en une douleur cuisante. Elle peut secondairement se fissurer, se crevasser, se surinfecter. Comme l'indiquait le Professeur Gougerot, il existe de très nombreuses formes dégradées d'engelures qu'il englobait sous le terme de « froidures » : taches à type d'érythème polymorphe avec ébauche de cocarde, formes maculeuses en petites taches violacées livides avec ou sans élément kératosique.

Le diagnostic différentiel sera facile si l'on sait rechercher l'évolution saisonnière et paroxystique très évocatrice, la notion de poussée correspondant à la recrudescence du froid et surtout les phénomènes subjectifs concomitants, qu'il s'agisse de prurit, de cuisson ou de véritable douleur.

III) Erythèmes palmaires dans les affections rhumatismales

Après avoir envisagé rapidement les diverses atteintes palmaires au cours d'affections circulatoires, nous nous intéresserons aux érythèmes palmaires observés au cours d'affections rhumatismales, qu'il s'agisse des érythèmes palmaires vermillons, maintenant bien connus, observés au cours de l'évolution d'une polyarthrite chronique évolutive, ou des érythèmes palmaires réputés plus rares de la spondylarthrite ankylosante.

a) Polyarthrite chronique évolutive

C'est à R.J. Weissenbach et Di Mattéo qu'est due la première observation complète de « l'érythème chronique vermillon des doigts et des mains » (1942). Chez un malade atteint de rhumatisme chronique progressif infectieux, selon leur propre nomenclature, les auteurs mettent l'accent sur le fait que cet érythème touche en général des mains profondément atteintes par le rhumatisme et, dans le cas faisant l'objet de la publication, ils décrivent une déviation en coup de vent de la main, avec flexion de la première phalange, extension de la seconde phalange (constituant une véritable subluxation de celle-ci) et flexion de la troisième phalange ; les mouvements actifs étant difficiles et maladroits, alors que les mouvements passifs sont relativement conservés. Nous reproduisons ici leur magistrale description de l'érythème :

> « La pulpe digitale de la dernière phalange est uniformément d'un rouge clair ou rose vif sur sa moitié distale, teinte qui va se dégradant progressivement pour disparaître au niveau du pli de flexion. La coloration est égale à la coloration maximum de la pulpe, sur les parties latérales jusqu'au lit de l'ongle ; elle s'atténue légèrement sur la région de la matrice et la partie médiane de la face dorsale de la troisième phalange. Au niveau des plis dorsaux, la peau prend insensiblement sa coloration normale, même lorsque l'érythème ne siège sur les doigts qu'au niveau de la dernière phalange ; on constate un érythème de même caractère, mais plus discret, sur les éminences thénar et hypothénar, et sur la peau de la paume de la main dans les

régions correspondant à la tête des métacarpiens. Au même moment, la coloration est plus accentuée et plus étendue au pouce et à l'auriculaire, un peu moins à l'index et à l'annulaire, un peu moins au médius. La coloration est égale sur les deux mains. Après pression, la tache blanche produite se décolore rapidement, et l'ongle présente une coloration analogue bien moins accentuée que celle de la peau ; la coloration est maxima sur une hauteur de deux à trois millimètres, formant un arc inscrit dans le bord libre et se dégrade rapidement en s'éloignant de celui-ci. A la loupe, on ne constate pas de télangiectasie, la rougeur est uniforme, homogène, et le reste, tout en se dégradant dans la zone de transition avec la peau de coloration normale, celle-ci étant assez blanche, peu pigmentée. C'est seulement sur les faces latérales de la troisième phalange, à sa partie moyenne de l'index et de l'annulaire gauche et de l'index droit, que l'on peut distinguer quelques fines télangiectasies rouge vif à trajet longitudinal et parallèle de six à sept millimètres.

« L'érythème vermillon est permanent mais subit des modifications d'intensité, en général lentes, n'affectant jamais l'allure de la crise. Le facteur qui semble jouer le rôle principal est la température extérieure, l'érythème étant plus accentué et, surtout, plus étendu par température chaude et moins étendu par température fraîche. Il n'est jamais remplacé par de la cyanose. Parfois des variations sont constatées, sans cause précise, indépendamment des variations de température. Les variations portent surtout sur l'étendue.

« A son moindre degré, l'érythème vermillon occupe l'extrémité de la pulpe digitale de la troisième phalange et les téguments des berges du lit de l'ongle s'étendant à peine sur la face dorsale.

« Plus étendu, il gagne les téguments de la face palmaire des doigts, les faces latérales et la face dorsale des deuxièmes phalanges, atteignant rarement sur la face dorsale les premières phalange et ne dépassant jamais l'articulation métacarpo-phalangienne. Par contre, il occupe la face palmaire de la main présentant un maximum au niveau des éminences thénar et hypothénar et de la base des doigts, d'où il va se dégradant vers le centre de la paume.

« La peau est de température normale.

« Cet érythème ne s'accompagne d'aucune douleur, d'aucune sensation de chaleur ni de brûlure. Il n'existe pas de signe d'hyperhidrose associée. Cependant, la peau est amincie, fine,

papyracée, formant de multiples plis ou rides à orientation longitudinale, et ce qui confère à la pulpe des doigts un aspect " fripé " spécial et une sensation de consistance mollasse au toucher. »

Dans le cas faisant l'objet de l'observation, l'érythème est apparu cinq ans après l'épisode initial rhumatismal, très insidieusement, et n'a été remarqué qu'à la faveur d'examens successifs. Il s'est progressivement accentué pendant les trois années suivantes, puis est resté relativement stationnaire sous réserve des variations déjà décrites.

Les divers tests para-cliniques pratiqués par les auteurs nous ont semblé dignes d'intérêt :

— L'épreuve du bain chaud (quinze minutes à 42°) a provoqué une augmentation minime des oscillations et de la tension, mais il n'y a pas d'augmentation notable de l'érythème.

— L'épreuve du bain froid n'a pas été réalisable du fait des douleurs vives dont se plaignait le malade.

— L'inhalation de nitrite d'amyle n'a modifié aucunement l'érythème, de même que l'injection sous-cutanée d'un demi-milligramme d'atropine.

— Par contre, l'injection sous-cutanée d'un milligramme d'adrénaline provoque, après un temps de latence de six à dix minutes, une atténuation de l'érythème qui reprend sa couleur habituelle vingt minutes après l'injection.

— L'injection sous-cutanée d'un centigramme de pilocarpine provoque, sans toutefois modifier l'érythème, une augmentation de la chaleur tégumentaire et de la moiteur.

Force est donc de conclure que les diverses modifications observées se sont reproduites dans le sens normal, mais avec une atténuation des réactions que les auteurs imputent à une tendance à l'inertie vaso-motrice.

Cet érythème vermillon est devenu un signe classique qu'il convient de rechercher dans toute polyarthrite chronique évolutive d'allure assez sévère et dont l'évolution est déjà avancée.

Le Professeur Duperrat, dans son chapitre des érythèmes palmaires acquis, cite en premier l'érythème palmaire de Weissenbach-Di Mattéo :

> « A la pulpe des doigts et au pourtour des ongles, la peau est rose vif, amincie, papyracée, fripée par des plis longitudinaux, molle et plutôt sèche. Les ongles sont également dystrophiques. »

D'autres auteurs font état des érythèmes palmaires au cours de la polyarthrite chronique évolutive. W.B. Bean (1958), dont nous aurons l'occasion à plusieurs reprises de citer le livre dans les prochains développements, a également observé l'érythème palmaire de la polyarthrite chronique évolutive. Il le tient pour beaucoup plus fréquent dans le sexe féminin. Il n'a pu établir si l'érythème apparaissait après les troubles articulaires, comme le pensaient beaucoup de ses malades, mais il a vu l'érythème s'intensifier au cours de l'évolution de l'arthropathie.

Bland et ses collaborateurs, à la même époque, ont publié une statistique portant sur 137 polyarthrites chroniques évolutives, parmi lesquelles ils ont observé 61 % d'érythèmes palmaires. Ces auteurs apportent quelques notions sur le mode évolutif de l'érythème :

> « La rougeur prédomine au niveau de l'éminence hypothénar en début d'évolution dans sa partie proximale s'étendant secondairement vers la partie distale. Puis ensuite l'éminence thénar est généralement atteinte, alors que le centre de la paume est pâle. Si les lésions sont très importantes, il peut y avoir des taches érythémateuses entre les callosités, au niveau de l'insertion des doigts. La pulpe des doigts est généralement érythémateuse. Dans les cas extrêmes, l'érythème s'étend sur la face dorsale des phalanges, en fer à cheval autour de l'ongle. Il existe toujours une bordure nette entre la lésion et le tissu sain. »

En fait, l'érythème palmaire au cours de la polyarthrite chronique évolutive est difficile à apprécier si l'on retient les statistiques citées par Jadassohn dans son traité (1967), celles de Isdale et Bywaters qui n'ont observé l'érythème que sur 7 de leurs 500 malades, et celles de Short, Bauer et Reynolds qui n'ont trouvé aucun érythème palmaire sur 293 malades examinés.

b) Spondylarthrite ankylosante

Françon et ses collaborateurs (1961), publiant un cas d'érythème au cours d'une spondylarthrite ankylosante, estiment que ce cas est rare.

• Leur malade, ingénieur de soixante-dix-sept ans, présente une spondylarthrite ankylosante ayant débuté à l'âge de cinquante ans, qui malgré un traitement bien conduit s'est étendue progressivement des articulations sacro-iliaques, lombaires et coxo-fémorales, aux mains, après quatorze ans d'évolution. L'examen révélait un coup de vent cubital plus accentué à droite.

Des clichés pratiqués alors décelaient une carpite et, sur un état inflammatoire ancien, se greffaient des lésions d'arthrose secondaire. Au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes, l'atteinte semblait récente et le caractère inflammatoire était très accusé. L'érythème est ainsi décrit :

> « Une teinte vermillon intéresse toute la paume et est maxima sur la pulpe des troisièmes phalanges et sur les éminences thénar et hypothénar. Cette teinte s'est développée insidieusement sans signe subjectif et comporte des modifications de la peau qui est fine et fripée. Ainsi que des ongles qui sont cannelés et atrophiés. »

On notera que les auteurs font état d'un érythème intéressant toute la paume, fait tout à fait inhabituel au cours des érythèmes palmaires que nous étudions, alors que dans la plupart d'entre eux, l'érythème respecte un triangle central limité par l'éminence thénar et hypothénar et par la base des métacarpiens.

La fréquence avec laquelle survient cet érythème est difficile à apprécier. La rareté de l'atteinte des petites articulations distales et des mains au cours de la spondylarthrite ankylosante pourrait inciter à penser, comme Françon et ses collaborateurs, que l'érythème vermillon est peu fréquent dans cette affection. Toutefois, Bland et ses collaborateurs l'ont noté dans la moitié de leurs 17 cas de spondylarthrite ankylosante.

IV) Erythèmes palmaires acquis observés au cours d'un processus général non dermatologique

L'érythème palmaire peut s'observer au cours de processus généraux, comme la grossesse ou les états chroniques de dénutrition, mais aussi au cours de processus pathologiques divers. Certes, l'insuffisance hépatique, quelle qu'en soit l'étiologie, en représente la cause majeure, mais il ne faut pas négliger la tuberculose, l'insuffisance cardiaque, l'hyperthyroïdie au cours de l'évolution desquelles on a pu observer l'érythème palmaire. Plus rares seront les cas d'érythème rencontrés au cours des intoxications arseniquées, associés à des pyodermites ou dans l'amylose primitive. Enfin, l'érythème palmaire s'intégrant dans les phénomènes secondaires observés au cours d'une corticothérapie prolongée chez l'enfant.

a) Grossesse

W.B. Bean, dans son ouvrage *Vascular spiders and palmar erythema* (1958), décrit l'érythème au cours de la grossesse en se fondant sur ses observations personnelles et sur la littérature antérieure. En 1939, mention fut faite pour la première par Feldmann, dans un bref rapport, d'un érythème palmaire apparu lors des deuxième, troisième et quatrième grossesses d'une patiente. Cette manifestation serait disparue aussitôt la fin des grossesses.

Walsh et Becker (1941) rapportent d'autres observations d'érythèmes palmaires au cours de la gestation et essayent de déterminer un rapport entre ces érythèmes palmaires et les angiomes stellaires qu'ils observent chez quatre de leurs parturientes. En fait, si deux cas sur sept nous semblent d'authentiques érythèmes palmaires observés au cours de la gestation, les cinq autres cas nous semblent plus discutables : dans quatre de ces observations (cas 4, 5, 6, 7), des antécédents familiaux d'érythèmes palmaires sont retrouvés, ou même l'érythème palmaire (cas 5 et 7) existe bien antérieurement à la grossesse ; il apparaît difficile de dissocier dans la genèse de l'érythème palmaire, la part qu'il faut logiquement attribuer au facteur héréditaire de celle qui serait propre à la gestation dans ces cas.

Une cinquième observation est peut-être à éliminer, le cas 3, dans lequel on retrouve un léger signe d'insuffisance cardiaque (secondaire à une diphtérie). Dans la quatrième observation, que nous avons déjà cru devoir rejeter, un hyperthyroïdisme thérapeutique ne saurait être exclu, cause qui, comme on le verra, est susceptible de provoquer ou de favoriser l'érythème.

Par contre, les deux cas où la grossesse semble être la cause indiscutable de l'érythème ont retenu notre attention :

• Dans le premier cas relaté, il s'agit d'un érythème palmo-plantaire (l'érythème étant plus discret aux plantes) apparu lors des deuxième et quatrième grossesses d'une jeune femme de vingt-neuf ans.

Cet érythème, visible dès le cinquième mois, s'accompagnait vers le sixième mois de la grossesse de télangiectasies. Huit jours après l'accouchement, la teinte érythémateuse s'était fortement estompée et, après un mois d'atténuation progressive, la couleur rosée des paumes demeura inchangée par la suite.

• Dans le deuxième cas, il s'agit d'une jeune femme de vingt-trois ans qui, dès la deuxième grossesse, présente un érythème palmaire symétrique électif d'abord aux éminences thénar et hypothénar, et progressivement étendu aux paumes entières. La tonalité de cet érythème palmaire varia avec le temps et s'accompagna de deux angiomes stellaires des bras. Aucun phénomène subjectif concomitant ne fut associé ; neuf jours après l'accouchement, l'érythème disparut totalement.

Une étude capillaroscopique faite par les auteurs démontra qu'il existait une vaso-dilatation capillaire au niveau de la paume atteinte, ainsi qu'une dilatation anormale des artères superficielles et du système veineux conférant à la paume sa couleur rosée.

R. Lofgren, en 1942, publie trois nouveaux cas d'érythèmes palmaires pendant la grossesse.

• Chez la première patiente, l'érythème palmaire serait apparu vers la sixième semaine de la grossesse : « Apparition progressive et extension lente pour atteindre la quasi-totalité de la paume. »

L'érythème est particulièrement net aux endroits de pression, il a son intensité maxima en quelques semaines et reste identique à lui-même jusqu'à la délivrance. Les paumes (l'observation est faite au cinquième mois de grossesse) montrent une rougeur très vive au niveau des éminences thénar et hypothénar, de la pulpe des doigts, de la base des métacarpiens. Cette rougeur s'étend à la face dorsale de la main, aux extrémités distales des doigts et tout le pourtour des ongles est touché.

L'auteur note l'absence d'érythème palmaire lors de deux précédentes grossesses et ne retrouve à l'anamnèse aucun cas familiaux d'érythème palmaire. Il existe une augmentation de la chaleur locale, mais une immersion dans l'eau glacée pendant cinq minutes, ainsi que la mise en position haute ou déclive de la main, ne modifient en rien l'érythème.

• Si, dans cette première observation, un rhumatisme cardiaque très léger, n'ayant jamais donné de signe de décompensation, complète le tableau clinique mais ne semble pas intervenir comme facteur déterminant de l'érythème palmaire, dans la seconde observation, une sténose mitrale révélée cliniquement par un souffle systolo-diastolique rend contestable l'origine purement gravidique de l'érythème palmaire.

• Quant au troisième cas relaté, jeune femme blanche de vingt-trois ans présentant un érythème palmaire depuis le troisième mois de la grossesse, il est intéressant de souligner que, bien qu'ayant la topographie classique des érythèmes palmaires gravidiques, il n'en distingue par sa configuration réticulée et par de légers signes d'hyperhidrose associée.

W.B. Bean fait une étude statistique de l'érythème palmaire au cours de la grossesse dans son ouvrage (1958), en se référant à 300 observations personnelles. Il constate que l'érythème gravidique est observé avec une fréquence plus grande dans la race blanche (62 % des cas), alors que les femmes noires ne seraient atteintes que dans 35 % des cas. Il compare en une courbe l'incidence des angiomes stellaires et de l'érythème palmaire, et remarque que les deux affections croissent de façon parallèle et progres-

sive du deuxième au neuvième mois de la grossesse ; cependant que 10 % des parturientes remarquent déjà, dès la dernière semaine de la grossesse, une atténuation, voire une disparition de l'érythème palmaire ; dès la première visite du post-partum, l'érythème palmaire ne persiste plus que chez 9 % des femmes. Enfin, il semble caractéristique à l'auteur que, dans la race noire, l'érythème palmaire précède souvent l'apparition des angiomes (alors que le phénomène inverse est observé dans la race blanche) et que cet érythème palmaire disparaît plus rapidement chez la noire.

La topographie et l'intensité de la coloration érythémateuse lui semblent variables dans le temps. Cet érythème « tacheté » subit des modifications au cours de son évolution, pouvant se couvrir de plaques plus claires ou, au contraire, de cyanose. Plus la lésion est apparue tardivement au cours de la grossesse, plus elle s'effacera tôt, plus la lésion sera apparue précocement et plus elle sera étendue.

Jadassohn, en 1967, reprend dans son ouvrage la description de l'érythème :

> « ... qui se présente sous forme d'une tache rouge vif de la peau de l'éminence thénar et hypothénar, de l'extrémité distale ou de l'extrémité proximale des doigts. L'érythème palmaire apparaît de façon caractéristique si l'on élève et enserre le poignet de la malade ».

La fréquence de survenue de cet érythème est, pour Jadassohn, de 50 % des cas et sa disparition est tenue pour définitive à la fin de chaque grossesse.

b) Affections hépatiques

Bean nous donne, dans son ouvrage, une description de la paume hépatique :

> « En général, l'éruption débute en bande dans la région hypothénar qui peut d'ailleurs rester la seule zone atteinte. Il existe une limite franche entre peau saine et peau pathologique. L'évolution se fait ensuite vers l'envahissement progressif de la base du cinquième doigt, tandis que l'éminence thénar rougit à son tour ; la limite peau saine, peau atteinte étant d'ailleurs moins

visible dans cette région. Souvent, il existe une, deux, trois taches rouges proéminentes au niveau de la base d'implantation des phalanges (n'ayant pas de correspondance topographique directe avec l'emplacement de callosités). Enfin, la surface palmaire des phalanges distales du pouce et des quatre autres doigts se colore à son tour. Si l'érythème est intense, il peut même s'étendre sur la face dorsale des doigts, à la base de l'ongle. »

En général, l'érythème palmaire ne s'accompagne pas de phénomènes subjectifs, mais l'auteur a néanmoins observé deux cas d'érythème palmaire douloureux avec « sensation de brûlure ou d'épingles enfoncées dans la chair ».

Pour Bean, l'érythème palmaire est un signe moins fidèle d'insuffisance hépatique que ne le sont les angiomes stellaires. L'érythème palmaire peut s'accentuer, tandis que les angiomes augmentent en nombre et en taille, ou inversement s'atténuer quand ces derniers sont en voie de disparition. L'auteur précise que l'érythème palmaire est essentiellement retrouvé dans les cirrhoses éthyliques, mais aussi, quoique plus rarement, dans les cirrhoses de la maladie de Hanot.

La description de Bean est citée par M. Lemaire dans son chapitre « Cirrhose du foie » du tome d' « Hépatologie » de l'*Encyclopédie Médico-Chirurgicale*.

Nous reproduisons une observation d'érythème palmaire au cours de cirrhoses éthyliques rapportées par Burckhard (1962) :

• Une malade de soixante-dix ans, hospitalisée dans le service de médecine de l'hôpital de Neu-Münster pour une cirrhose éthylique, et qui présentait sur les paumes des taches rouges prédominant au niveau des auriculaires et des éminences thénars ; la patiente ne ressentait aucune sensation subjective, hormis une impression d'intense chaleur.

Dans le service du Professeur Aubert, à Villejuif, grâce à l'obligeance du Docteur Bassenne, nous avons pu étudier un érythème palmaire au cours de la décompensation ictéro-ascitique d'une cirrhose éthylique :

• Monsieur L..., cantonnier, âgé de soixante-cinq ans, présentait d'importantes manifestations hépatiques depuis septembre 1968, l'érythème palmaire n'était apparu qu'en novembre 1968 (soit plus d'un mois après le début de l'hospitalisation). Il s'agissait d'un érythème rose framboisé, touchant électivement les éminences thénar et hypothénar, la base des métacarpiens, la face palmaire des phalanges distales, du médius, de l'annulaire et du cinquième doigt respectant le centre de la paume. La peau était lisse, douce, velcutée, non squameuse. L'érythème palmaire était bilatéral, sensiblement symétrique, disparaissait à la vitropression pour se recolorer instantanément ensuite. La température cutanée était plus élevée que normalement au niveau des zones érythémateuses, mais le malade n'avait aucune sensation subjective particulière. A droite, une maladie de Dupuytren, dont l'évolution semblait s'être accentuée dans les sept mois précédant l'hospitalisation, touchait le quatrième et le cinquième doigts.

A gauche, on retrouvait au centre de la paume une zone hyperkératosique, probablement secondaire à de multiples petits traumatismes fréquents dans la pression qu'exerçait le malade.

L'examen clinique révélait des signes patents d'éthylisme :

— varicosité des pommettes ;
— subictère conjonctival ;
— tremblement digito-lingual ;
— il existait une hépatomégalie franche, sensible (débord de quatre travers de doigts sur la ligne mamelonnaire); en revanche, la rate n'était pas perçue ;
— une lame d'ascite et un petit épanchement pleural étaient associés.

A l'anamnèse, on ne retrouvait aucun antécédent pathologique autre que chirurgical :

— En 1952, fracture des plateaux tibiaux gauches, ayant laissé comme séquelles d'importants troubles trophiques de la jambe avec une limitation douloureuse des mouvements du genou.

— En 1960, un traumatisme lombaire avait provoqué une hématurie. Il n'existait aucun cas familial connu d'érythème palmaire,

le malade n'avait jamais présenté ni tuberculose, ni syphilis, ce que confirmait d'ailleurs le B.W. qui était négatif.

Un bilan para-clinique très complet a été pratiqué chez ce malade et il nous a semblé intéressant de reproduire ici les principaux résultats :

— Il existait une légère anémie à 3.650.000 globules rouges, une hypoprotidémie à 60 g/l et une hypoalbuminémie à 29 g/l. La vitesse de sédimentation était légèrement accélérée (25-60-110). La rétention de la B.S.P. était très augmentée (90 % à la quinzième minute et 50 % à la quarante-cinquième minute), le taux de prothrombine était très diminuée (25 %), les tests de floculation étaient perturbés et l'électrophorèse des protides, si elle ne révélait pas le bloc typique des bêta-gamma-globulines, montrait, du moins, une augmentation isolée des gamma-globulines à 34 %.

Devant ce tableau, il nous a semblé logique de conclure à un cas d'érythème palmaire observé au cours d'une cirrhose de Hanot, puisque, comme on l'a vu, il existait une hypertrophie hépatique franche, une lame discrète d'ascite et une relative conservation de l'état général.

Si la cirrhose éthylique est, par ordre de fréquence, celle dans laquelle survient le plus grand nombre d'érythèmes palmaires, il faut néanmoins élargir notre étude aux maladies hépato-pancréatiques s'accompagnant d'érythème palmaire. Comme le signale Jadassohn dans son traité (1967), l'érythème palmaire de l'insuffisant hépato-pancréatique est :

> « D'une rougeur intense, localisé aux éminences thénar et hypothénar, à la face palmaire des extrémités distales des métacarpiens et des phalanges. Cet érythème palmaire se voit particulièrement bien si l'on demande au patient d'étendre la main, alors que le centre de la paume reste indemne. »

Citant Kalk, l'auteur ajoute que de tels érythèmes peuvent également s'observer au niveau de la plante des pieds, en particulier chez de grands insuffisants hépato-pancréatiques, l'érythème palmo-plantaire s'atténuant lors des rémissions de la maladie.

Nous avons retrouvé, dans la littérature, deux observations d'érythème palmaire au cours d'insuffisance hépato-pancréatique :

— Ambler (1932) rapporte le cas d'un malade présentant depuis sept ans un érythème palmaire, chez lequel on fait le diagnostic d'une cholécystite chronique.

— Burckhard (1962) observe l'érythème chez une malade de soixante-huit ans, opérée deux ans auparavant d'une cholécystite perforée et souffrant d'une cirrhose méta-ictérique.

> « Sur les deux mains, et en particulier sur l'éminence thénar et sur la pulpe de l'auriculaire, on retrouvait des taches érythémateuses, qui ne s'accompagnaient d'aucune sensation subjective douloureuse. »

Dans ces deux cas, la température cutanée au niveau des plaques érythémateuses était supérieure à la normale. En effet, Ambler note une différence de 5° entre la zone atteinte et la peau saine ; Burckhard, soumettant sa malade à un bain de quinze minutes (eau à 15°), constate au bout de vingt minutes que la température cutanée des paumes érythémateuses est double de celle constatée chez les sujets témoins.

A l'Hôpital Paul-Brousse de Villejuif, dans le même service, nous avons pu observer un cas d'érythème palmaire au cours de l'évolution finale d'une polymitose pancréatique.

• Monsieur D... Maurice, âgé de soixante-seize ans, est hospitalisé en octobre 1968 pour un ictère cutanéo-muqueux, de type rétentionnel, avec des selles décolorées, de l'oligurie (urines foncées, bière brune), évoluant sans rémission, et s'accompagnant d'un prurit intense et d'un fléchissement rapide de l'état général (amaigrissement de 10 kg en deux mois). L'érythème palmaire semble être apparu en tout début de l'hospitalisation ; en effet, le malade n'avait jamais remarqué l'érythème auparavant. Il s'agissait d'un érythème rouge sombre de topographie classique, ne s'accompagnant d'aucune sensation subjective douloureuse ou gênante, *dont nous reproduisons le cliché.*

Dans les antécédents du malade :

— une gastrectomie avait été faite il y a plus de vingt ans pour un ulcère de la petite courbure ;

— une diverticulose colique avait été révélée par un lavement baryté antérieur à l'hospitalisation ;

— une arthrose lombaire existait depuis 1948 (plusieurs vertèbres étaient soudées).

En interrogeant le malade sur ses habitudes toxiques, ce dernier niait farouchement boire plus d'un verre de vin rouge par repas. Par ailleurs, on ne retrouvait pas de cas familial d'érythème palmaire.

L'examen clinique révélait :

— une hépatomégalie franche (débord de trois travers de doigt sur la ligne mamelonnaire) ;

— il existait une ascite de moyenne abondance ;

— la palpation provoquait une douleur vive dans l'hypochondre droit et le Docteur Bassenne avait retrouvé une vésicule palpable.

Les examens para-cliniques pratiqués chez ce malade étayèrent le diagnostic de cancer du pancréas ;

— une radio du cadre duodénal montrait un écartement suspect de la troisième et quatrième portion duodénale ;

— une ponction d'ascite ramenait un liquide riche en lymphocytes et en hématies avec quelques amas mésothéliaux.

Si les dosages de l'urée sanguine et de la glycémie étaient normaux, la courbe d'hyperglycémie provoquée, en revanche, ne montrait pas le petit triangle d'hypoglycémie réactionnelle que l'on observe normalement.

A l'examen de l'amylasémie, on retrouvait le chiffre de 80 U. Segonzac, alors que l'amylasurie était de 300 U.I.

Le bilan hépatique révélait un taux bas de prothrombine (25 %), le cholestérol était normal, mais les tests de floculation perturbés et la bilirubine totale très augmentée (120 mg).

L'anémie était intense (moins de 2 millions de globules rouges) et la vitesse de sédimentation augmentée (27-60).

D... Maurice, décembre 1968

Le malade mourut en quelques semaines et une vérification post-mortem confirma le diagnostic clinique et biologique.

Ainsi, comme Bland l'indique dans un article des *Annals of Internal Medicine* (1958), l'érythème palmaire s'observe essentiellement au cours des cirrhoses avec hypertension portale, mais encore au cours des cirrhoses cardiaques, des hépatites infectieuses, des affections aiguës du foie, des obstructions lithiasiques des voies biliaires, des cancers primitifs ou secondaires du foie et de l'hémochromatose.

c) Tuberculose

Trosler, en 1943, donne dans l'*American Review of Tuberculosis,* une description clinique de la « *main tuberculeuse* » que nous reproduisons ici :

> « Elle consiste en une rougeur diffuse de la face palmaire. Tout commence par une tache érythémateuse des phalanges distales qui, progressivement, gagne les éminences thénar et hypothénar. Assez souvent cependant, l'érythème apparaît simultanément dans ces diverses localisations. Au cours de l'évolution, l'extension de l'érythème se fait à la totalité de la paume, laissant au centre de celle-ci un triangle de peau plus pâle. Dans les formes très intenses, l'érythème gagne le dos de la main, s'étendant du pourtour de l'ongle à l'articulation distale interphalangienne. Après plusieurs années d'évolution, l'érythème prend une teinte pourpre triste, il n'existe pas d'augmentation de la chaleur cutanée locale, mais parfois un érythème plantaire associé. »

Cette étude, faite à l'hôpital de San Fernando (Californie), rassemble 23 observations. L'auteur remarque qu'il s'agit de patients adultes d'âge moyen, entre trente-deux et soixante et un ans, présentait des lésions pulmonaires tuberculeuses graves. Il lui semble que tout déséquilibre pulmonaire, et en premier lieu la tuberculose, mais aussi la bronchite chronique, les bronchectasies, les abcès du poumon, peuvent donner naissance à des érythèmes palmo-plantaires.

Banyai et Hirsh (cités par Bean) donnent une image différente de l' « érythrose des extrémités » s'associant à une tuberculose pulmonaire. Il s'agirait plutôt d'un érythème d'apparence homogène

et diffus, non douloureux, sans œdème, ni desquamation, ni ulcération, ni hyperhidrose. Parfois, la coloration de la main et des doigts peut être asymétrique, mais semble de toute façon différente de celle observée dans les érythèmes palmaires des insuffisances hépatiques.

d) Insuffisance cardiaque

Bean cite, dans son ouvrage, des cas d'érythèmes palmaires retrouvés dans les suites d'infarctus myocardiques à répétition.

Gottron a observé l'érythème chez un homme de trente-six ans, souffrant d'une péricardite chronique avec retentissement sur les veines caves.

Bland, enfin, affirme avoir retrouvé de tels érythèmes lors de cirrhoses d'origine cardiaque.

e) Hyperthyroïdie

Des érythèmes palmaires furent observés au cours d'hyperthyroïdies isolées : Walsh et Becker (1941) relatent le cas d'un malade de cinquante-neuf ans qui présente un érythème palmaire depuis cinq ou six ans, et a un métabolisme basal, à plusieurs examens successifs, supérieur de 30 à 40 %.

Kerl rapporte le cas d'un homme de quarante-cinq ans, porteur d'une hyperthyroïdie secondaire à la prise d'iodure. En fait, ce cas semble discutable, car le père du malade est également atteint d'érythème palmaire.

Busman et Woodburn (1931), cités par Madame Lafontaine, publient le cas d'un malade ayant depuis la naissance un érythème palmaire avec un métabolisme basal supérieur à la normalité de 17,5 %. On ne retrouve ici aucun cas familial d'érythème.

Enfin, c'est encore Walsh et Becker qui publient la première observation où s'associent diabète et hyperthyroïdie dans la genèse d'un érythème palmaire. Celui-ci ne s'accompagne d'aucun phénomène subjectif et subit des poussées évolutives. On découvre, chez cette malade de cinquante ans, une glycémie élevée (1.640 mg/l)

et un métabolisme basal oscillant de 42 à 29 % au-dessus de la normalité. Après équilibration du diabète et thyroïdectomie, l'érythème palmaire s'atténue en intensité.

f) Amylose primitive généralisée

Le Professeur Duperrat, citant Fiessinger, indique que de tels érythèmes palmaires ont pu survenir au cours de l'amylose atypique idiopathique. C'est le Professeur Duperrat qui en fit la biopsie palmaire.

g) Pyorrhée - Pyodermite

Nous nous référons au malade de Schmidt-Labaume (cité dans la thèse de Madame Lafontaine), peintre de quarante-neuf ans présentant un érythème palmaire depuis l'âge de trente-cinq ans, dont la coloration s'accentuait lors de l'absorption d'alcool. Ce malade avait une pyorrhée alvéolaire et une pyodermite du cou, et présentait par ailleurs un dermographisme.

h) Intoxication par l'arsenic

Michalowsky, en 1952, publie un cas de stomatite arsenicale associé à un érythème palmo-plantaire.

Parkes et Weber, cités par Bean, relatent les cas d'érythème palmaire observés en 1901, lors d'une épidémie d'empoisonnement à l'arsenic, à la suite de laquelle le terme de « main de buveur de bière arsenieuse » devint à la mode.

Nous avons retrouvé, dans les cliniques dermatologiques de Brocq (1927), la notion classique de l'érythème palmaire (ou palmo-plantaire) arsenical ; Brocq écrit :

> « Il existerait une période prémonitoire des hyperkératoses qui serait constituée par l'apparition d'un érythème desquamatif que le Professeur Dubreuilh appelle " hyperkératose exfoliante " et qui s'accompagnerait de sensation de chaleur et de fourmillement au niveau des paumes et des plantes...
>
> « Les nouveaux composés arsenicaux, tels que cacodylates et surtout les arsénobenzols, les novarsénobenzols et leurs dérivés, peuvent provoquer assez souvent des érythèmes desquamatifs

soit généralisés, soit localisés et, dans les deux cas, les paumes des mains et les plantes des pieds sont fréquemment atteintes, rougissent, desquament et présentent parfois un certain degré d'hyperkératose... Celle-ci a d'ailleurs tendance à disparaître assez rapidement dès que l'on n'emploie plus le médicament nuisible. »

i) Etats carentiels

Tel le béri-béri. Hibbs attire l'attention sur l'érythème tacheté des patients atteints de cette maladie :

« Les paumes et les plantes étaient parfois d'un rouge vif, un excellent exemple de ce que l'on appelle érythème palmaire. »

Enfin, Bland dit que l'érythème palmaire est fréquemment retrouvé lors des « grands états carentiels ». Mais cet auteur n'apporte aucune précision à ces termes.

j) Corticothérapie chez l'enfant

Dans le service du Professeur Duperrat, à l'Hôpital Saint-Louis, Messieurs les Docteurs Puissant et Pringuet ont eu l'occasion d'observer plusieurs cas d'érythème palmaire chez des enfants soumis à une corticothérapie au long cours.

Comme le souligne le Docteur R. Pringuet dans son article de novembre 1966 de *La Médecine Infantile*, les érythèmes palmaires observés chez des enfants soumis à une corticothérapie pour des affections variées (leucoses, néphroses, maladies rhumatismales) sont en général des faits plus connus des pédiatres que des dermatologues. Nous reproduisons ici sa description :

« Cet érythème, volontiers discret, se localise électivement aux éminences thénar et hypothénar, et à la dernière phalange des doigts où il peut prendre un aspect ponctué ou réticulé. La coloration, d'un rouge rosé plus ou moins accusé, s'efface entièrement à la vitropression. Nous n'avons jamais vu de purpura associé. C'est bien la corticothérapie qui paraît en cause. Les lésions sont identiques quelle que soit l'affection pour laquelle le traitement avait été mis en œuvre. L'éruption est toujours

apparue après le début du traitement et nous avons pu constater sa disparition après la cessation de ce dernier. La nature du corticoïde semble indifférente. »

L'auteur a eu également l'occasion d'observer un érythème palmaire encore plus intense, secondaire à l'application locale de corticoïde. Il s'agissait des cas originaux de deux enfants de quatre et six ans, chez lesquels des crèmes corticoïdes avaient été prescrites localement pour une dysidrose. Moins de huit jours après le début du traitement, se développait un érythème foncé et intense de la totalité de la face palmaire des mains et des doigts décrit ainsi par l'auteur :

« Les limites de cette éruption étaient nettes et linéaires, bordant en haut les saillies thénariennes et hypothénariennes, et traçant sur les bords latéraux des mains et des doigts l'exacte et équidistante séparation des régions dorsales et palmaires. A l'extrémité distale, l'érythème recouvrait la face dorsale de la dernière phalange de tous les doigts. La dilatation capillaire n'était pas permanente. En effet, la coloration, presque inexistante le matin, s'accusait au cours de la journée. Ce trouble était isolé, sans prurit, sans élévation appréciable de la température cutanée. »

Il dura chez les deux enfants ce que dura le traitement (deux mois chez l'un, car l'auteur avait persévéré devant l'apparition de cette complication). La disparition de l'érythème fut totale huit à dix jours après la cessation de tout traitement.

CHAPITRE IV

ETIOPATHOGENIE

Diverses hypothèses ont été avancées par les auteurs pour tenter d'expliquer la survenue de ces érythèmes palmaires ; elles varient généralement en fonction de l'étiologie présumée. Il semble préférable de les exposer successivement en suivant l'ordre de notre exposé clinique.

I) Erythème palmaire héréditaire - Maladie de Lane

Lane, en 1929, voyait dans la description de sa maladie des « nævi symétriques des paumes et des plantes », et niait « toute paralysie vaso-motrice héréditaire ». Depuis cette date, les hypothèses ont été contradictoires et variables selon les nouveaux cas décrits dans la littérature.

L. Meirowsky (1933), prenant le cas particulier de son malade blessé par balle, invoque une perturbation de la région splanchnique qui influencerait le système vasculaire, « vaso-neurose favorisée par des capillaires néoformés ».

Pour Madame Lafontaine (1942), il s'agirait d'une modification vasculaire : capillaires et troncs veineux étant plus nombreux et de calibre supérieur. Il pourrait s'agir d'un mécanisme purement local. Mais une origine sympathique est envisagée par l'auteur.

Jadassohn et Moncorps voient dans l'érythème palmaire de Lane la forme abortive d'une kératodermie palmo-plantaire héréditaire. Touraine apporte, comme argument en faveur de cette hypothèse, que ces deux géno-dermatoses sont héréditaires en dominance régulière.

Schmidt-Labaume invoque une « hyperémie de retenue », car la contre-pression serait manquante du fait de la minceur des paumes et des plantes.

Froment conteste l'hyperexcitabilité sympathique dont il ne retrouve aucun signe associé, n'ayant jamais observé de vaso-constriction au froid. De plus, l'érythème palmaire persiste lors des épreuves des bains chauds et froids.

Il pense, lui aussi, expliquer cet érythème par une inertie vaso-motrice ; les groupes capillaires des extrémités restant anormalement béants à cause d'anomalies structurales.

C'est à Poinso et à ses collaborateurs que nous devons l'étude étio-pathogénique la plus récente (1953). Pour ces auteurs, il s'agirait d'une anomalie congénitale des capillaires du corps papillaire, qui seraient plus nombreux, plus gros, plus superficiels et en position anormale. La manifestation en serait l'érythème palmo-plantaire, contemporain des premières années et favorisé par la stase veineuse de l'âge adulte.

II) Erythème palmaire acquis au cours d'affections dermatologiques

Dans l'érythème palmaire syphilitique, Aguilera Maruri pense qu'une altération vaso-motrice, dont il ne peut préciser le mécanisme, serait à l'origine des lésions et de leur parfaite symétrie.

Dans le *lupus érythémateux chronique*, Parish essaie de justifier la rareté des localisations palmaires :

— il invoque la plus grande épaisseur de la peau, des paumes et des plantes, l'absence de follicule dans ces localisations ;
— il remarque que les paumes sont moins exposées au soleil et aux ultra-violets que certaines parties du corps (ces deux derniers facteurs étant réputés favoriser la survenue du lupus érythémateux chronique) ;
— enfin, certaines thérapeutiques (or, stéroïdes, antimalariens) auraient, pour lui, prévenu l'apparition de lésions palmaires.

III) Erythème palmaire acquis au cours d'affections non dermatologiques

a) Les affections rhumatismales

L'érythème palmaire vermillon n'est retrouvé pour Weissenbach et Di Mattéo que dans les rhumatismes chroniques progressifs, de type inflammatoire. Nous reproduisons ici la démonstration des auteurs :

> « Il ne s'agirait pas de la manifestation d'un proccssus inflammatoire infectieux local, mais d'un trouble de la circulation capillaire, trouble vaso-moteur d'origine sympathique, lié à l'évolution de la polyarthrite progressive. »

Les auteurs ne veulent pas en faire un signe de trouble sympathique d'origine centrale, mais plutôt un trouble vaso-moteur d'origine réflexe ou périphérique. L'importance de l'atteinte des articulations des doigts, l'importance de la dislocation et des troubles fonctionnels qu'elles entraînent, en seraient une explication ; de même, l'atteinte des articulations du poignet, notée dans les observations, entraînerait une irritation du sympathique péri-vasculaire lors du passage du pédicule vasculo-nerveux dans la gouttière carpienne.

b) Grossesse

L'étio-pathogénie invoquée par Walsh et Becker, auxquels nous devons les premières descriptions d'érythème palmaire gravidique, est des plus vagues :

> « La topographie des lésions peut faire suggérer un facteur neurogène, alors que le facteur mécanique ne semble pas déterminant. »

Loefgren (1942) démontre le premier l'action indiscutable des œstrogènes sur l'érythème palmaire gravidique en se référant aux expériences de pathologie expérimentale déjà pratiquées à cette époque et en tentant, par ailleurs, de reproduire expérimentalement, quatre mois et demi après l'accouchement, l'érythème palmaire chez une de ses patientes (cas n° 1) ayant présenté ce type de lésion lors des trois premières grossesses. Il injecte, en effet, 120.000 U.

rat de benzoate d'œstradiol, à raison d'une injection intra-musculaire quotidienne pendant huit jours consécutifs, et observe, dès le sixième jour, une augmentation caractéristique de la coloration rouge des paumes. Cependant, il ne retrouve pas une intensité érythémateuse comparable à celle observée pendant la grossesse, la température cutanée, qui est nettement plus élevée pendant la grossess, ne subit aucune modification dans cet érythème palmaire expérimental.

L'auteur nous en présente des photos comparatives. Il essai ensuite d'injecter de façon discontinue la même hormone à la malade, mais un état de malaise général et l'apparition de règles qui durent onze jours (alors qu'habituellement la période hémorragique de son cycle n'excède pas cinq jours) l'obligent à interrompre son étude.

Pour étayer sa théorie, l'auteur se réfère aux travaux antérieurs de Reynolds et Foster : ces derniers, étudiant l'action immédiate des œstrogènes sur les petits vaisseaux de l'oreille d'une lapine ovariectomisée, pensent qu'il pourrait exister une action vaso-dilatatrice des œstrogènes sur les petits vaisseaux sanguins, comparable à celle de ces hormones sur le tractus génital (croissance des artères spiralées), et invoquent la possibilité d'effet identique sur le tissu sous-cutané. Ces deux auteurs montrent que le volume sanguin des doigts augmente de façon significative chez l'homme de vingt à trente ans, s'il a eu une injection intra-musculaire d'œstrogènes. La réponse est rapide et ne s'associe pas à une augmentation de la chaleur cutanée ou à une altération appréciable de la pression artérielle.

Force est donc, pour Loefgren, de conclure que l'action des œstrogènes sur l'érythème palmaire est indiscutable ; mais les quantités énormes, extra-physiologiques, d'œstrogènes administrées ne déterminent qu'un érythème palmaire moins intense que celui observé pendant la grossesse ; l'action des œstrogènes ne serait donc pas isolée, mais se ferait soit de façon directe, soit en synergie avec la progestérone. En fait, l'injection combinée de ces deux hormones n'a pu être pratiquée par manque de coopération de la patiente, et l'auteur n'a pu déterminer le rôle éventuel de la progestérone dans l'apparition de l'érythème palmaire.

Bland (1958), relatant les observations d'Edwards, apporte un nouvel argument en faveur de la théorie hormonale de l'érythème palmaire gravidique. La peau de l'eunuque ou du castré est pâle, contenant peu d'hémoglobine, qui se trouve d'ailleurs en grande partie à l'état réduit. Si on compense l'état endocrinien par une androgénothérapie, on observe une augmentation considérable de l'oxyhémoglobine et de la vascularisation cutanée. Paumes et plantes rougissent fortement.

Bland suppose que l'érythème palmaire peut être rapporté à une anomalie des stéroïdes et en particulier des œstrogènes et des androgènes :

— qu'il s'agisse d'une action directe des œstrogènes sur la vascularisation cutanée ;
— ou que les lésions soient la conséquence d'une anomalie des androgènes ou des œstrogènes qui reste à déterminer.

c) Insuffisance hépatique

Diverses théories ont été émises pour expliquer l'érythème palmaire de l'insuffisance hépatique. Hegglin, cité par Burckhard (1962), pense que le foie malade produirait une substance capable d'augmenter la chaleur cutanée des extrémités.

Johnston et Hecht, cités par Bean, ont tenté de rapprocher érythème palmaire et baisse de la sérumalbumine. Bean n'a pu mettre en évidence de relation directe et savoir si l'un était cause de l'autre ou inversement.

Mais les travaux de Bean sont les plus intéressants. L'érythème palmaire correspond à une augmentation du flux sanguin pouvant se manifester par une élévation de la température cutanée, du pouls capillaire et par de la rougeur. Bien que n'étant pas en mesure de détailler la distribution anatomique exacte des corpuscules glomiques dans la paume, la distribution topographique de l'érythème palmaire lui suggère fortement un état de vaso-dilatation chronique au niveau des corpuscles glomiques et des shunts artério-veineux. De plus, les taches rouges situées en regard de la base d'implantation des doigts correspondent à des zones où il n'existe pas, ou que de façon très atténuée, d'aponévrose palmaire.

On remarque également que les anastomoses entre les arcades vasculaires profondes et superficielles de la paume sont beaucoup plus nombreuses dans ces régions. Il est, en effet, prouvé histologiquement que ces régions sont beaucoup plus vascularisées que les régions cutanées voisines des bras et des jambes, et on doit insister, selon Bean, sur le nombre beaucoup plus élevé des anastomoses directes artério-veineuses à ces niveaux.

Bean n'a pu trouver d'explication au fait qu'érythème palmaire et angiomes stellaires se trouvent en général associés aussi bien pendant la grossesse que lors des insuffisances hépatiques.

Bland, reprenant le sujet, y voit une explication commune : l'augmentation des stéroïdes.

Cette augmentation est connue dans la grossesse et concomitante à l'apparition des lésions cutanées, comme nous l'avons vu.

Dans l'insuffisance hépatique, le foie malade ne conjugue plus les œstrogènes. Il a été démontré que dans les hypertensions portales avec cirrhose, une grande quantité d'œstrogènes est retrouvée dans les urines, parfois sous forme anormale.

Il apparaît à Bland que deux explications pourraient être légitimes ; en effet, l'érythème palmaire pourrait être dû :

— à des modifications du taux des stéroïdes circulantes ;
— ou à des altérations structurales de ces œstrogènes (formes anormales).

Le grand pourcentage de femmes en période d'activité génitale retrouvé parmi les cas de lupus érythémateux disséminé, est encore un argument en faveur de la théorie œstrogénique de l'érythème palmaire.

Jadassohn (1967) remet en question la théorie œstrogénique de l'érythème palmaire.

Allant à l'encontre de cette démonstration, il cite les symptômes cliniques observés lors d'une œstrogénothérapie chez les hommes (raréfaction de la pilosité, gynécomastie), sans avoir jamais observé l'érythème palmaire. Pour nous, nos investigations personnelles dans des services d'urologie ne nous ont pas permis de découvrir l'érythème palmaire au cours d'œstrogénothérapie orale (cancer de la prostate).

Pour Jadassohn, le facteur hormonal ne peut être considéré comme uniquement responsable de l'érythème palmaire. Cette théorie serait actuellement abandonnée.

d) Tuberculose

Trosler pense que l'érythème palmaire de la tuberculose peut être causé par l'effet des toxines bactériennes grâce à un phénomène de vaso-dilatation périphérique.

Il évoque à ce propos les travaux d'Haven Emerson (1910) que nous reproduisons ici :

> « Mes expériences sur les petits animaux ont démontré que la tuberculine avait un effet vaso-dépresseur. Le mode d'action de ces substances reste encore indéterminé, mais il semble qu'il s'agisse d'une action centrale et non périphérique dont le mécanisme serait essentiellement nerveux. »

Trosler avance même cet effet toxinique de vaso-dilatation comme un exemple de mécanisme de compensation naturelle : en effet, peut-être s'agirait-il pour lui d'un moyen de suppléance de la fonction pulmonaire déficiente en favorisant les échanges gazeux cutanés.

Bean étend à la tuberculose l'étiologie œstrogénique reconnue de l'érythème palmaire de la grossesse et de l'insuffisance hépatique.

EN CONCLUSION

Au terme de cette étude bibliographique de l'étio-pathogénie des érythèmes palmaires circonscrits, nous ne pouvons que nous rallier aux conclusions du Professeur Duperrat qui retient trois facteurs possibles :

— le taux très bas de la protidémie, comme l'attestent les érythèmes palmaires des grands état carentiels (dénutrition, cirrhose, béri-béri);
— l'augmentation du taux des œstrogènes circulants ;
— le dysfonctionnement des shunts artériolo-veinulaires, la région palmaire riche en corpuscules glomiques, est tout naturellement le siège de l'anomalie.

CHAPITRE V

BILAN DES INVESTIGATIONS FAITES DANS LE CAS ETUDIE

Nous avons pratiqué chez notre malade les divers examens susceptibles de dégager l'une des étiologies envisagées au long de cet exposé. Nous les relatons ci-après :

I) Examens para-cliniques

1) *Radio du rachis :*

L'analyse des clichés (face et profil) montre la présence manifeste d'une cervicarthrose C5, C6 et C6, C7, avec discarthrose, une uncarthrose, ostéophytose postérieure et, enfin, petit rétrolysthésis de C4 sur C5.

L'association à une cervicarthrose d'une lésion palmaire pouvait, au premier chef, faire évoquer un syndrome algo-dystrophique, véritable rhumatisme neurotrophique, mais le Docteur Saporta qui a examiné le malade dans le service du Professeur Coste, n'a pas retrouvé les signes d'irritation neuro-sympathique propre à ce syndrome.

2) *Radio pulmonaire* (31 octobre 1967) :

Séquelles pleuro-parenchymateuses bilatérales.

3) *Tests allergologiques* (octobre 1967) :

Les tests systématiques étaient tous négatifs. Seul un test était positif à la candidine. mais on n'observait pas de poussée focale. Ce résultat était sans incidence thérapeutique.

II) Examen de laboratoire

1) *Analyse d'urine* (août 1966) :

— Absence de glucose.

2) *Examen hématologique* (octobre 1967) :

— Globules rouges : 4.860.000 — Globules blancs : 8.200.
— Polynucléaires neutrophiles : 63 %.
éosinophiles : 2 %.
basophiles : 0 %.
— Monoucléaires grands lymphocytes : 1 %.
petits lymphocytes : 32 %.
monocytes : 2 %.
— Valeur globulaire : 1.

3) *Vitesse de sédimentation* (octobre 1967) :

— Après une heure : 11 mm.
— Après deux heures : 41 mm.
— Après vingt-quatre heures : 75 mm.
— Indice de Katz : 15.7.

4) *Réaction de Bordet-Wassermann* :

— Négative en janvier 1969.

5) *Complet hépatique* :

— Bilirubine totale : 8 mg/l.
— Cholestérol total : 3,50 g/l.
— Transaminases S.G.P. : 15 U. Wroblewski. N = 10 - 40.
— Test thymol : 3 U.V.B.Y. (N = 0 - 10).
— Test kunkel : 25 U.V.B.Y. (N = 15 - 25).
— Phosphatases alcalines : 11 U. King (N = 5 - 10).

6) *Electrophorèse :*

— Protides totaux : 77 g/l.
— Albumine : 45 g/l.
— Globulines : 32 g/l.
— α_1-globuline : 2,5.
— α_2-globuline : 8,5.
— β-globuline : 10.
— γ-globuline : 11.

7) *Dosage des œstrogènes* (février 1969) :

— Volume urinaire : 1.960 cm^3/24 h.
— Créatinine : 1,18 g/24 h.
— Phénolstéroïdes : 10 γ/24 h, donc taux très faible d'œstrogènes.

CHAPITRE VI

DESCRIPTION DE L'ERYTHEME PALMAIRE DISCOIDE PERMANENT

Les lésions palmaires de notre malade doivent être indéniablement incluses dans le petit chapitre des érythèmes palmaires. L'originalité de notre cas réside dans le caractère discoïde des lésions. Cet aspect est demeuré constant au long de deux ans et demi d'observation.

Pendant cette période, le malade a présenté au bord interne des deux mains, au long des éminences hypothénars, des taches érythémateuses rondes, discoïdes, de teinte habituellement homogène, mais dont le centre pouvait occasionnellement être moins congestif. Elles ne s'associent à aucun prurit et n'ont jamais présenté de pigmentation.

Les plaques sont plus marquées durant l'été, mais sont toutefois un peu accentuées par le contact du froid (application de glace).

La pression les rend douloureuses et le malade éprouve une gêne à porter des valises.

Quelle que soit l'étiologie des érythèmes palmaires circonscrits, l'aspect décrit a toujours été distinct de celui que nous avons observé.

Dans tous les cas, l'érythème occupait les éminences hypothénar et thénar en deux nappes homogènes circonscrivant une aire palmaire triangulaire à sommet carpien, dont la base était délimitée par des taches érythémateuses siégeant au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes.

CHAPITRE VII

RESUME DE CE TRAVAIL

A l'occasion de l'observation d'un malade atteint d'un type particulier d'érythème palmaire, présenté par MM. de Graciansky et Leclercq à la Société de Dermatologie et Syphiligraphie dans sa séance de mars 1968, il a paru intéressant de reprendre la question des érythèmes palmaires acquis.

Après avoir relaté le cas original que P. de Graciansky et R. Leclercq ont dénommé « érythème palmaire discoïde permanent », nous avons dans ce travail envisagé successivement les divers types d'érythèmes palmaires dont il faut le distinguer.

• Les érythèmes palmaires héréditaires, dont le type habituellement décrit est l'érythème palmaire héréditaire de Lane, ont été étudiés dans la thèse de Madame Lafontaine (1942), inspirée par A. Touraine. Une étude critique de ce travail fait ressortir que certains cas rapportés comme « érythème de Lane » sont en fait des érythèmes acquis imputables avec quelque vraisemblance à un processus pathologique général.

• La localisation incidemment palmaire d'une affection dermatologique peut prêter également à diagnostic. Il peut être assez aisé d'écarter une urticaire palmaire, une toxidermie palmaire ou une maladie de Pick-Herxheimer à localisation palmaire. Nous avons retrouvé une observation d'*érythème syphilitique tertiaire* localisé aux paumes qui semble avoir quelque authenticité.

• Plus intéressant est L'ÉRYTHÈME PALMAIRE AU COURS DU LUPUS ÉRYTHÉMATEUX. Dans la plupart des cas de lupus érythémateux aigu, il s'associe à des taches érythémateuses du dos de la main. Il est un signe d'évolutivité de la maladie. On accorde de l'intérêt à l'aspect très spécial des pulpes digitales marquées par des télangiectasies.

Il a été retrouvé un cas de lupus érythémateux chronique à localisation palmaire exclusive avec, il est vrai, un aspect desquamatif (cas de Hyde). Deux cas de lupus érythémateux chronique avec localisation palmaire associée à des lésions cutanées diverses ont été observés par Parish. L'un d'eux, après quatre années, évolua vers le mode subaigu ; dans ces deux derniers cas, l'existence d'un processus général pathologique associé (lithiase biliaire, tuberculose) fait poser la question de son rôle dans l'apparition de la détermination palmaire de la maladie lupique.

• Nous avons ensuite abordé les atteintes palmaires observées AU COURS D'AFFECTIONS CIRCULATOIRES. En fait, au cours de ces affections circulatoires, l'atteinte palmaire n'est jamais isolée. L'*érythromélalgie* procède par crises douloureuses paroxystiques des extrémités accompagnées de sensation de brûlure et de gonflement ; les mains ont un aspect rouge et tuméfié. L'*acrodynie* prend l'aspect d'un érythro-œdème qui atteint en totalité mains et pieds, se fissure secondairement. Il existe inconstamment des signes généraux associés, notamment une éruption miliaire de papules roses sur le thorax. Dans l'*acrocyanose,* on retrouve souvent des troubles endocriniens associés, enfin, au cours des *engelures* qui sont très prurigineuses, la localisation aux paumes reste cependant exceptionnelle.

• AU COURS DES PROCESSUS RHUMATISMAUX et en particulier DANS LA POLYARTHRITE CHRONIQUE ÉVOLUTIVE, les érythèmes palmaires vermillons sont désormais classiques dans les formes avancées de la maladie. Ils atteignent les mains, en général profondément touchées par le rhumatisme. Nous avons repris la description magistrale de Weissenbach et Di Mattéo, où est fait état d'un érythème rouge clair ou rose vif de la pulpe des doigts, des éminences

thénar et hypothénar, de la tête des métacarpiens. Cet érythème permanent, mais subissant des modifications lentes sans allure de crise, ne s'accompagne d'aucune sensation subjective. En revanche, une dystrophie unguéale est fréquemment retrouvée et la peau de la paume et des doigts est souvent amincie, fine, papyracée.

Dans la *spondylarthrite ankylosante*, l'érythème palmaire semble exceptionnel. Nous avons retrouvé un cas, étudié par Françon, d'érythème palmaire vermillon, d'aspect et de topographie typique, dont l'apparition fut progressive et insidieuse au décours d'une spondylarthrite évoluant depuis plus de vingt ans.

Des statistiques controversées ont été publiées quant à la fréquence de l'incidence de l'érythème palmaire dans l'une et l'autre de ces maladies rhumatismales (Jadassohn et Bland).

• Au cours de processus généraux non dermatologiques :

— *Chez la femme enceinte :* c'est Feldmann qui, en 1939, rapporte la première observation d'érythème palmaire apparu lors des deuxième, troisième et quatrième grossesses d'une de ses patientes. Walsh et Becker (1941) font mention de 9 cas d'érythèmes palmaires dont 2 seulement nous semblent indiscutablement liés à la gravidité. A son tour, Loefgren (1942) publie trois cas d'érythème palmaire gravidique. Mais c'est Bean qui, dans son ouvrage (1958) se référant à 300 observations personnelles, démontre que l'érythème palmaire est retrouvé au cours de la grossesse dans 62 % des cas dans la race blanche et dans 35 % des cas seulement dans la race noire. Il s'agit d'un érythème palmaire qui apparaît en règle à partir du deuxième mois de la grossesse et s'accompagne fréquemment d'angiomes stellaires qui évoluent de façon parallèle. La topographie et l'intensité de la coloration érythémateuses lui semblent variables dans le temps. Cet érythème « tacheté » peut se couvrir de plaques plus claires au cours de son évolution ou, au contraire, se teinter de cyanose. Après la délivrance, l'érythème s'atténue très rapidement (9 % des femmes seulement demeurent atteintes à la première visite du post-partum). Pour Jadassohn, la disparition de l'érythème est tenue pour définitive à la fin de chaque grossesse.

• Au cours de processus pathologiques divers :

— *Les affections hépato-biliaires* sont la principale cause pathologique d'érythème palmaire.

— Dans les *cirrhoses éthyliques*, « la paume rouge hépatique » est bien connue depuis les travaux de Bean, et citée par le Professeur Lemaire dans l'*Encyclopédie Médico-Chirurgicale*. Nous en rapportons une observation personnelle au cours d'une *cirrhose de Hanot*.

En fait, selon Bland (1958), l'érythème palmaire, s'il s'observe essentiellement au cours des cirrhoses avec hypertension portale, peut survenir également au cours des cirrhoses cardiaques, des hépatites infectieuses et des affections aiguës du foie, des obstructions lithiasiques des voies biliaires, des cancers primitifs ou secondaires du foie ou de l'hémochromatose.

— *Dans l'insuffisance hépato-pancréatique*, comme le signale Jadassohn dans son traité, des érythèmes palmaires ou palmo-plantaires (Kalk) ont été observés. Ils s'atténuent lors des rémissions de la maladie. Nous relatons une observation personnelle d'érythème palmaire découvert au cours de l'évolution finale d'une *polymitose pancréatique*.

— Bien *d'autres états pathologiques* sont susceptibles de provoquer l'apparition d'un érythème palmaire et la littérature permet de retenir des étiologies aussi diverses que : *l'insuffisance cardiaque, la tuberculose, l'amylose primitive généralisée, le diabète, l'hyperthyroïdie, la corticothérapie générale chez l'enfant, l'intoxication arsenicale, les états de dénutrition (béri-béri)*.

Après avoir passé en revue la littérature et relevé ces causes fort diverses d'érythème palmaire acquis, nous avons évoqué les quelques *théories* avancées sur l'étio-pathogénie de ces érythèmes. Elles demeurent des plus incertaines. La théorie œstrogénique était l'une des plus recevables, elle est controversée.

CONCLUSION

Au terme de cette étude, il nous est apparu, en nous fondant sur les données de l'examen clinique et sur les examens de laboratoire, que le cas d'érythème palmaire discoïde permanent présenté par MM. de Graciansky et Leclercq pouvait être retenu pour une entité clinique nouvelle.

Cette éventualité demandera confirmation. Seule la publication et l'étude de cas identiques assurera sa personnalité à « l'érythème palmaire discoïde permanent ».

Cette observation nous a donné l'occasion d'étudier les érythèmes palmaires acquis, à la connaissance desquels nous espérons avoir apporté une certaine contribution.

Vu, le Doyen :
BROUET

Vu, le Président de Thèse :
DEGOS

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROBERT MALLET

BIBLIOGRAPHIE

Aguilera Maruri (C.). — Erythème palmaire symétrique syphilitique. (*Ann. Derm.*, 1939, **10**, 415-418.)

Balzer (F.). — *Maladies Vénériennes*, 1909, VII, 235-236 ; 1920, 379.

Bean (W.B.). — Vascular spiders and palmar erythema. (Oxford, Blackwell Scientific Public, 1958, 372 p.)

Bland (J.H.), O'Brien (R.), Bouchard (R.E.). — Palmar erythema and spider angiomata in rhumatoid arthritis. (*Ann. Intern. Med.*, 1958, **48**, 1026-1031.)

Brian (H.G.), Coskey (R.J.). — Familial erythema of acral region. (*Arch. of Derm.*, 1967, **95**, 483-486.)

Brocq (L.). — Kératodermie palmaire et plantaire d'origine toxique. (*Cliniques Dermatologiques*, 1927, **2**, 573-575.)

Burckhardt (W.). — Red liver palms. (*Dermatologica*, 1962, **124**, 261-262.)

Françon (F.), Leblanc (G.). — Atteinte des mains avec coup de vent cubital et érythème vermillon dans un cas de spondylarthrite ankylosante. (*Rev. Rhumat.*, 1961, **28**, 662-666.)

Fournier (A.). —Erythème tertiaire. (*Traité de la Syphilis*, 1906, II, fasc. 1, 183-190.)

Gottron (M.A.). — Erythema handteller und Fussohlen bei einer Frau mit Erythematodes subacutus. (*Derm. und Ven.*, 1960, IV, 707.)

Hyde (J.N.). — A clinical study of lupus erythematosus as it affects the hands. (*Journ. Cut. Ven. Des.*, 1884, **2**, 321-335.)

JADASSOHN (J.). — Erythem palmar gravität. (*Hand. der Haut. und Gesch. Krank.*, 1967, VIII, 612.)

— Erythem palmar Leber. (*Hand. der Haut. und Gesch. Krank.*, 1967, VIII, 612.)

— Erythem palmar Polyarthrisis primär chronische. (*Hand. der Haut. und Gesch. Krank.*, 1967, VIII, 662.)

— Erythema palmare (paumes rouges). (*Hand. der Haut. und Gesch. Krank.*, 1964, 1-2, 26.)

LAFONTAINE (E.). — *Thèse*, Paris, 1942.

LANE (J.E.). — Erythema palmare hereditarium (red palms). (*Arch. of Derm. Syph.*, 1929, **20**, 444-448.)

LOEFGREN (R.C.). — Erythema of the palms associated with pregnancy. (*Arch. of Derm. Syph.*, 1942, **46**, 502-511.)

MICHALOWSKY (R.). — Un cas inhabituel de stomatite associé à un érythème palmo-plataire dû à l'usage de l'arsenic en stomatologie. (*Cras. Stomat.*, 1952, **5**, 302-305.)

PARIS (L.C.), KENNEDY (R.J.), HURLEY (H.J.). — Palmar lesions in lupus erythematosus. (*Arch. of Derm.*, 1967, **96**, 273-276.)

POINSO (R.), CALAS (E.), STAHL (A.), MÈGE (P.). — Le syndrome des paumes rouges. (*Presse Médicale*, 1953, **61**, n° 13, 275-278.)

PRINGUET (R.). — Les érythèmes palmaires d'origine cortisonique. (*La Méd. Inf.*, novembre 1966, 705.)

TOURAINE (A.). — Erythème palmaire héréditaire. (*L'Hérédité en Médecine*, 1955, 463.)

TROSLER (L.S.). — Erythema of the extremities in tuberculosis. (*Am. Rev. Tuberc.*, 1943, **47**, 168.)

WALSH (E.) et BECKER (W.). — Erythema palmare and naevus araneus like telangectasies. (*Arch. Derm. Syph.*, 1941, **44**, 616-630.)

WEISSENBACH (R.T.) et DI MATTÉO. — Erythème chronique vermillon des doigts et des mains, avec atrophie unguéale, au cours du rhumatisme chronique progressif. (*Rev. Rhumat.*, 1941, **8**, 26-37.)

IMPRIMERIE R. FOULON & CIE, 29, RUE DEPARCIEUX, PARIS-XIV^{e}